TRAITEMENT

DU

RHUMATISME CÉRÉBRAL

PAR L'HYDROTHÉRAPIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellie

Le 30 Novembre 1906

PAR

Honoré CUQ

Né à Fréjairolles (Tarn), le 3 janvier 1879

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, de ROUVILLE
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe		SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale		N...
Clinique gynécologique.		de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (✻)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. RAUZIER, *président.*
GRASSET (✻), *professeur.*
MM. VEDEL, *agrégé.*
JEANBRAU, *agrégé.*

A MES PARENTS

Faible témoignage pour tous les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

H. CUQ.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON CHER MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAUZIER

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL GÉNÉRAL

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

H. CUQ.

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

H. CUQ.

PREFACE

Parvenu au terme de nos études de doctorat, nous ne quitterons pas cette vieille Faculté de Montpellier sans adresser tous nos remerciements aux maîtres qui la composent et dont l'enseignement clinique sera toujours présent à notre mémoire. Inutile de les citer. Ceux que nous avons suivis sauront que c'est à eux que nous faisons allusion.

Que M. le docteur Godin, médecin-major de 1e classe, qui nous inculqua les premières notions de clinique et nous considéra comme un véritable ami, reçoive ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Que M. le professeur Rauzier, à qui nous ne pourrons jamais rendre toute la reconnaissance que nous lui devons et qui nous fait le suprême honneur d'accepter la présidence de cette thèse, soit sûr que nous n'oublierons jamais son amitié, ses services et enfin et surtout son enseignement éminemment pratique. Les notions de fine clinique et de thérapeutique pratique que nous avons reçues pendant le temps que nous avons été son aide de clinique, nous guideront toujours dans notre clientèle.

Que nos camarades d'études reçoivent l'expression de toute notre sympathie.

INTRODUCTION

Cette thèse nous a été inspirée par M. le professeur Rauzier. Il nous a fourni une observation qui montre bien tout le profit qu'on peut retirer des bains dans cette terrible complication du rhumatisme articulaire aigu qu'est le rhumatisme cérébral.

Après avoir défini et limité notre sujet, fait un rapide historique de la question, nous dresserons succinctement le tableau clinique du rhumatisme cérébral. Quelques mots d'étiologie, de pathogénie, de diagnostic différentiel, de pronostic et nous exposerons les indications, les contre-indications et la technique de cette balnéothérapie qui, disons-le par anticipation, sauva la majorité des malades voués à la mort avec toutes les autres méthodes de traitement.

TRAITEMENT

DU

RHUMATISME CÉRÉBRAL

PAR L'HYDROTHÉRAPIE

DEFINITION. — DELIMITATION DU SUJET

Le rhumatisme cérébral n'est pas une entité morbide spéciale. C'est un épisode qui survient dans certains cas, heureusement assez rares, de rhumatisme articulaire aigu. Il est caractérisé par un « ensemble de symptômes généraux graves, parmi lesquels les troubles encéphaliques et l'hyperthermie ont le premier rang ». Cette nouvelle manière d'être de la maladie première comporte un pronostic presque fatal si un traitement énergique n'intervient pas à temps.

Ces accidents, dus vraisemblablement à une localisation sur les centres nerveux du microbe du rhumatisme ou de ses toxines, sont analogues à ceux qu'on peut observer dans toutes les maladies infectieuses fébriles, mais le rhumatisme articulaire aigu leur imprime un tel caractère de violence et de gravité qu'on ne saurait les comparer.

De ce groupe de faits, désignés en France sous le nom de *rhumatisme cérébral*, il convient d'éliminer les manifestations

nerveuses d'ordre général dues, par exemple, à un ramollissement embolique, à l'alcoolisme, à l'hystérie, à l'urémie. De même il faut exclure les cas chroniques, rangés sous la dénomination de folie rhumatismale. Ici on est en présence de troubles mentaux survenus chez des prédisposés à l'occasion d'une pyrexie ; le hasard a voulu qu'ici ce fut à l'occasion du rhumatisme. Ces cas ne sont pas justiciables du traitement quasi-spécifique du rhumatisme cérébral, ils ne nous intéressent donc pas. La méningite suppurée, très rare, due sans doute à une infection secondaire, ne devrait pas non plus rentrer dans notre cadre. Mais comme il est généralement impossible de savoir cliniquement à quel processus anatomique correspondent les symptômes observés chez le vivant ; comme dans certains cas avec une évolution longue à allure méningitique, on n'a pas trouvé de lésions macroscopiques évidentes ; comme dans d'autres, à évolution très rapide, on a observé des lésions très avancées, contrairement à toute prévision, il convient de ne pas être trop exclusif, nous dirons : La méningite rhumatismale ne rentre pas dans notre cadre, mais nous l'y maintenons parce que son diagnostic est impossible à faire. Le pronostic qu'elle comporte est fatal, le traitement sera complètement inutile, tout cela est exact, mais nous ferons observer qu'il vaut mieux traiter 10 cas inutilement que de laisser mourir un seul sujet atteint de rhumatisme cérébral dont les centres nerveux ne présensent que quelques traces de congestion, d'hyperhémie, tous phénomènes qui auraient facilement cédé au traitement énergique par l'hydrothérapie.

Le terme de rhumatisme cérébral a une signification qui ne doit pas être prise au pied de la lettre. En effet, dans le faisceau de symptômes qui le constituent, il y en a qui sont dus à des troubles bulbaires (modifications du pouls, de la respiration, de la température), d'autres à des troubles mé-

dulaires (carphologie, soubresauts, trépidations musculaires). Ici encore il faudra élaguer de notre sujet les cas rares de rhumatisme spinal où la moëlle est seule atteinte (paraplégies). Ces cas semblent peu graves en général et ne doivent pas être traités comme le rhumatisme cérébral.

HISTORIQUE

Les désordres nerveux qui peuvent survenir dans le rhumatisme étaient connus d'auteurs déjà anciens, tels que Boerhaave, Van Swieten, Stork, Stoll, Scudamore, Rostan, Andral, Bouillaud, Chomel, Trousseau, Ferrus, Stanley, Bright, Burrows. Mais tous les cas signalés restaient isolés, sans publicité. On n'avait pas su les étudier, les comparer, voir en eux des troubles nerveux d'un caractère bien spécial.

En 1845, Hervez de Chégoin, dans un article succinct de la *Gazette des Hôpitaux*, rapporte 3 observations et crée le terme de rhumatisme cérébral.

Peu après, un rapport de Bourdon lu à la Société des Hôpitaux, en 1850, à propos d'une observation de Gosset, recueillie dans le service de Requin, met la question à l'ordre du jour. Les observations se multiplient : Vigla, Moutard-Martin, Thirial, Legroux, Laborde, Bourdon, Gubler, etc. Le type clinique est constitué et il est mentionné dans tous les traités : Trousseau, Valleix, etc. Ollivier et Ranvier font l'anatomie pathologique. A ce moment on connaît admirablement le rhumatisme cérébral, mais on ne sait pas le traiter.

Dès 1870, à la suite des auteurs anglais, Sidney Ringer et W. Fox, M. Raynaud, Féréol et Blachez, font connaître les effets remarquables de l'hydrothérapie froide. On était arrivé à cette méthode grâce aux études thermométriques qui avaient permis de constater une hyperthermie à peu près

constante. Dans les deux dictionnaires de médecine, les articles de Homolle et Besnier résument bien la question. Plusieurs thèses de Paris, Montpellier, sont consacrées à la description des symptômes, des formes cliniques et surtout des modes de traitement.

Depuis 1885 de très rares cas de rhumatisme cérébral sont signalés, il n'y a plus de gros travail sur la question. Les auteurs s'occupent de fixer les deux chapitres de pathogénie et d'anatomie pathologique. Cette pénurie des travaux contemporains tient peut-être à ce que les auteurs précédents avaient épuisé la question. De plus, nous pensons que cette complication devient de plus en plus rare depuis que l'on traite systématiquement tous les rhumatisants par le salicylate de soude ? Cependant le rhumatisme cérébral n'est pas près de disparaître, les cas signalés sont parfois suivis de mort sans qu'on ait même essayé le traitement hydrothérapique qui, certainement, aurait sauvé la plupart des malades.

N'est-ce pas là un motif suffisant pour attirer de nouveau l'attention des cliniciens sur le traitement hydrothérapique du rhumatisme cérébral ? Guérissons d'abord, nous apprendrons à connaître ensuite.

ETIOLOGIE

L'homme est plus souvent atteint que la femme.

La fréquence varie, suivant les statistiques, de 1,3 % à 12,7 %. Ces discordances s'expliquent grâce aux différences du milieu d'observation. Toutes les causes de dépression cérébrale, de fatigue des centres nerveux, prédisposent à cette terrible complication (examens, concours, pertes d'argent, insuccès).

Aran, médecin des hôpitaux, travailleur infatigable et esprit d'élite, est atteint de rhumatisme et succombe à des accidents cérébraux.

Herpin, interne à l'hôpital du Midi, est pris de douleurs des jointures au lendemain du concours de l'internat, où il vient de réussir, et est emporté en quelques heures par une encéphalopathie rhumatismale suraiguë.

On comprend facilement que le maximum de fréquence de ces complications soit chez l'homme de 20 à 40 ans.

Les intoxications : alcool, par exemple, exposent au rhumatisme cérébral. A côté de ces *prédispositions acquises*, il y a des *prédipositions héréditaires* : Les prédisposés par leurs antécédents familiaux aux troubles psychiques sont plus que d'autres exposés à ce genre de complications. Par un singulier privilège, les épileptiques et les hystériques font exception à cette loi, dit Legrand du Saule.

« Le rhumatisme des méninges est le rhumatisme des gens chez lesquels, pour une raison ou pour une autre, le système nerveux est affaibli ou a perdu son équilibre. »

Mais à côté de ces conditions favorisantes inhérentes au malade, il y en a qui sont inhérentes à la maladie. Le rhumatisme cérébral est d'autant plus fréquent que la maladie est plus intense et plus fébrile. Il y a cependant des exceptions.

Chez les enfants le rhumatisme cérébral n'est pas très rare, mais il affecte des allures spéciales. Il est relativement bénin, et les mouvements choréiques constituent une grande partie du tableau.

SYMPTOMATOLOGIE

1° Date d'apparition du rhumatisme cérébral

Quelques rares faits font supposer que le rhumatisme cérébral peut précéder toute localisation articulaire.

En général, c'est du 5e au 20e jour, par conséquent en pleine période d'état, que le rhumatisme cérébral éclate. Quand les accidents cérébraux sont tardifs, surviennent dans la convalescence, il s'agit en général de vésanie.

2° Prodromes

Si parfois les symptômes du rhumatisme cérébral éclatent brutalement tout à fait à l'improviste, ce n'est pas la règle. Le plus souvent on a pu les prévoir : élévation exceptionnelle de la température, complications cardiaques précoces traduisant la malignité du cas, délire transitoire, d'abord nocturne, céphalalgie, insomnie persistante, tachycardie, sueurs profuses, miliaire abondante, délitescence des arthropathies, anxiété morale du sujet, etc. Tous ces signes doivent éveiller l'attention du médecin. Devant l'imminence du danger, ce dernier se préparera à la lutte, sachant bien qu'ici plus que jamais le temps est précieux. Toute minute de temporisation, d'hésitation, peut coûter la vie au malade.

3° Période d'état. — Principaux symptomes. Types cliniques

Le rhumatisme cérébral est un assemblage de symptômes qui sont loin d'exister toujours avec le même degré de fréquence et d'intensité. On ne peut guère décrire des types cliniques, car il n'y a pas deux cas qui se ressemblent absolument. Le mieux c'est de passer en revue les principaux symptômes et d'établir une division des différents cas qui puisse nous servir dans l'application du traitement.

Délire. — Est constant, mais de forme et d'intensité très variables. Parfois il s'installe progressivement, est nocturne et cesse pendant le jour. Dans d'autres cas, il est d'emblée à son maximum. Ce délire est plus souvent calme qu'agité.

Hyperthermie. — Presque constante et souvent très élevée, à tel point que certains auteurs ont pensé que l'hyperpyrexie était la cause de tous les autres symptômes et amenait la mort. C'est cette théorie qui a fait essayer le traitement par les bains froids. En réalité, elle n'est qu'un symptôme et un effet, c'est le résultat de l'évolution pathologique et non une cause. Ce n'est pas elle qui occasionne le délire, car ce dernier peut la précéder ou exister sans elle. Néanmoins, comme l'hyperthermie excessive devient une cause de danger immédiat, elle est la source d'une indication urgente. Il s'est trouvé heureusement qu'en combattant ce simple symptôme on a amendé tous les autres, et même plus : On a sauvé son malade.

En général, le pouls et la respiration suivent les oscillations de la température. Le pronostic se base sur elle.

Disparition des fluxions articulaires. — Est très fréquente ; le malade se sent mieux, il fait part à l'entourage de son amélioration, lorsque brutalement éclatent des phénomènes graves : délire, agitation, soubresauts, gêne respiratoire, hyperthermie, coma. Cette délitescence des fluxions a servi de point de départ à la théorie pathogénique de la métastase. Nous ferons remarquer que dans quelques cas, malgré la localisation cérébrale, les articulations restent prises. Dans ces cas, tout au moins, il n'y a pas de déplacements, de transport des fluxions. Cependant il faut remarquer que, lors du traitement de la localisation cérébrale, lorsque les fluxions articulaires disparues réapparaissent, c'est un excellent signe en règle générale. Il y a malgré tout des exceptions : des cas suivis de mort malgré le retour ou la non-disparition des fluxions et des cas de guérison avec disparition et non-réapparition des fluxions.

Coma. — Dans quelques cas rares débute d'emblée (forme apoplectique). Le plus souvent il succède au délire ou alterne avec lui, tout au moins au début. Il est plus ou moins accentué et s'accompagne ou non de convulsions. Le coma est la période ultime de la maladie. C'est le dernier accident, précédant le plus souvent une mort presque certaine et à brève échéance, à moins du traitement énergique immédiat.

Types d'après l'évolution

1. *Rhumatisme cérébral suraigu.* — Forme rare, 5 cas sur 69, d'après la statistique de Ball. Peut éclater brusquement sans qu'aucun phénomène prodromique ait attiré l'attention.

Trousseau, dans ses Cliniques, en cite un exemple. L'homme dont il s'agit était au 17e jour d'un rhumatisme articu-

laire aigu. « A la visite du soir, mon chef de clinique ne constate rien d'insolite, sinon la diminution de la douleur des arthrites. Le malade se félicite de son état. Cependant une heure plus tard cet homme se plaint de ne plus voir clair, puis, bientôt après, il vocifère, il crie « Au voleur », s'élance hors de son lit, tombe, est relevé, replacé dans son lit, lutte avec deux infirmiers, en déployant une force considérable, puis s'affaisse et meurt, toute cette scène ayant duré à peine un quart d'heure. » Gintrac et Bourdon ont cité des faits analogues. C'est la forme apoplectique des auteurs.

II. *Rhumatisme cérébral aigu.* — Existe 52 fois sur 69. Plus fréquemment ici on a des prodromes. Le malade anxieux, en proie à céphalée ou insomnie, est pris de fièvre de plus en plus accentuée : 40°, 41°, 42°, 43°, 44°. Le pouls devient rapide, 120-160 ; le visage s'anime, les yeux s'injectent, on note les soubresauts tendineux, des tremblements, tachypnée, les articulations deviennent de moins en moins douloureuses, le délire éclate, calme le plus souvent, bruyant quelquefois. Au délire s'ajoutent très exceptionnellement des convulsions à caractère éclamptique ou plus souvent choréiforme. Bientôt ces troubles font place à la somnolence et au coma.

Mais tous ces accidents ne se succèdent pas régulièrement. Si parfois on a mort en 12 ou 24 heures, il faut généralement 5 à 6 jours. Pendant ce laps de temps on a des rémissions, des accalmies passagères et trompeuses. Vient un moment où le coma s'établit d'une façon définitive : le regard d'abord mobile, puis atone s'éteint ; la parole s'embarrasse ; la respiration devient stertoreuse, le pouls petit ; la température périphérique s'abaisse tandis que la chaleur centrale s'élève, et le patient succombe soit brusquement, soit par asphyxie progressive et graduelle.

Le délire, le coma et l'hyperthermie ont caractérisé ce tableau.

III. *Rhumatisme cérébral subaigu ou chronique.* — C'est la folie ou manie rhumatismale de Mesnet et Griesinger ; elle est très rare. La proportion de 1 % est trop élevée pour Ball. Elle apparaît fréquemment lors de la convalescence, dans quelques cas plus tôt.

Ball lui attribue 6 caractères distinctifs :

1° Le délire est un délire dépressif, mélancolique ;

2° Il s'accompagne d'hallucinations nombreuses qui portent plus spécialement sur la vue, mais qui peuvent également atteindre les autres sens ;

3° Il aboutit à un affaiblissement des facultés intellectuelles, toujours sensible et quelquefois permanent ;

4° Il coïncide avec des mouvements choréiformes ;

5° Il est suivi de cachexie profonde qui peut conduire à la mort ;

6° Il coexiste fréquemment avec des cardiopathies. La folie rhumatismale est en réalité préparée le plus souvent par une prédisposition innée ou acquise que le rhumatisme met simplement en jeu. Mais qu'il crée de toutes pièces les troubles cérébraux ou qu'il favorise simplement et hâte leur éclosion, il leur imprime à coup sûr une physionomie spéciale et à certains égards caractéristique.

PATHOGENIE

Bien des théories ont été proposées pour expliquer la genèse des accidents cérébraux.

Métastase.— Cette théorie est une des plus anciennes. Grisolle l'accepte. Il suffira de faire remarquer que dans quelques cas, la phlegmasie seule survit, les douleurs ne sont pas perçues par anéantissement des perceptions sensorielles, comme le dit Besnier. A côté de cette métastase spontanée, il y aurait une métastase provoquée par les traitements. Nous pensons qu'il faut innocenter les médicaments, car des accidents toujours identiques se produisent avec une égale fréquence avec tous les traitements, même avec la saignée et la médication expectative.

Hyperthermie. — Certains auteurs n'ont vu dans les accidents cérébraux que le résultat de l'hyperpyrexie. Cette opinion est exagérée, car parfois les accidents débutent avec des températures de 39° ou 39°5 et ce n'est qu'à la période d'état que la température s'élève. On a, d'ailleurs, des cas de délire et autres troubles nerveux sans fièvre à proprement parler.

Cardiopathies. — Accusées à tort par certains auteurs d'occasionner les troubles cérébraux. En réalité, si elles sont fréquentes dans le rhumatisme cérébral, c'est parce qu'il s'a-

git de cas graves dans lesquels ces complications cardiaques sont la règle. Ajoutons que dans le rhumatisme les lésions cardiaques sont fréquentes et le rhumatisme cérébral très rare. Enfin, il y a des nombreux cas de rhumatisme cérébral sans cardiopathies. Souques et Castaigne en rapportent un dans le *Bull. de la Soc. des hôp. de Paris* en 1899. Sans doute, il s'agit dans le rhumatisme cérébral d'une localisation sur les centres nerveux du microbe ou de sa toxine ; l'hyperhémie, si souvent constatée comme seule lésion, traduit cette imprégnation, nous dit Widal dans le Traité de médecine.

Les dernières recherches de laboratoire d'Achalme, Souques, Castaigne, Boinet ont permis de constater dans certains cas de rhumatisme cérébral la présence du microbe d'Achalme dans le liquide céphalo-rachidien ; mais dans d'autres cas, il n'y était pas, au moins au moment de l'examen. Avait-il disparu ? Ou bien, dans ce cas, c'étaient peut-être ses toxines qui avaient agi. Dans un cas on a trouvé le germe, qu'on dit spécifique du rhumatisme, dans le liquide céphalo-rachidien d'un malade qui ne faisait pas du rhumatisme cérébral. Peut-être pourrait-on expliquer ce fait en disant qu'il faut un cerveau prédisposé pour réagir devant le microbe ou devant sa toxine, en faisant du rhumatisme cérébral ?

Un rein qui élimine mal les toxines exercera vraisemblablement aussi une action provocatrice sur les accidents cérébraux qui ne sont cependant pas de l'urémie.

Donc, pathogénie complexe : le microbe ou ses toxines ne suffisent pas, il faut un système nerveux en imminence de réaction et peut-être, dans de nombreux cas, un rein médiocrement actif.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Période ancienne. — « Les lésions, bien étudiées par Ollivier et Ranvier, sont purement hyperhémiques comme toutes celles qui caractérisent le rhumatisme. Les vaisseaux des méninges gros et petits sont distendus et gorgés de sang ; les prolongements pie-mériens et les capillaires les plus fins présentent le même état congestif. La substance grise présente une coloration rouge uniforme ; la substance blanche est criblée d'un piqueté hémorragique. La grande cavité de l'arachnoïde et les ventricules sont remplis d'une quantité plus ou moins considérable de liquide et d'éléments cellulaires.

» On a signalé encore des lésions d'œdème ou d'anémie cérébrale.

» Les lésions de méningite ne rentrent pas dans le cadre du rhumatisme cérébral. »

Nous ferons remarquer que l'absence des lésions macroscopiques n'est pas due à une mort hâtive. Dans l'observation de Lemaestre (*Soc. méd. des Hôp.*, 1853), on ne constate aucune lésion bien apparente et cependant l'affection avait duré plusieurs jours. En plus du délire, il y avait eu des convulsions et de l'opisthotonos.

Période récente. — Achalme (*Soc. Biol.*, 25 juillet 1891) note l'intégrité presque complète du cerveau dans un cas observé. « Les méninges n'étaient nullement congestionnées.

Le liquide céphalo-rachidien était absolument limpide et transparent. La substance cérébrale présentait sa consistance habituelle ; sur de nombreuses coupes, nous n'y pûmes trouver la moindre altération anatomique. Elle semblait néanmoins légèrement anémiée. »

Mais cela peut s'expliquer par une technique insuffisante. Depuis on a trouvé des méthodes qui permettent d'apprécier les lésions fines des cellules nerveuses. Or, ce sont ces éléments nobles qui sont seuls touchés dans un cas de Josué et Salomon.

A l'autopsie du cerveau, on note : « Congestion très intense, surtout au niveau des lobes frontaux et de la base ; en somme, lésions banales et peu accentuées.

» Les lésions microscopiques, par contraste, étaient très étendues et très accentuées. Si au niveau des méninges tout se borne à de la congestion et à une très légère infiltration leucocytaire de la zone motrice, les altérations des cellules nerveuses sont considérables et généralisées à presque tous les éléments. Les grains chromatophiles ont partout disparu ; le protoplasma présente un aspect homogène, des fissures entourent le noyau ou fragmentent le protoplasma, qui finit par disparaître complètement. Le noyau mal limité se colore de façon anormale et contient des fragments de substance chromatophile ; quelques rares cellules ne contiennent plus de noyau. On trouve, de plus, de nombreuses figures de neurophagie, des éléments ayant l'aspect de macrophages et de lymphocytes érodant les cellules nerveuses malades : parfois, la présence de plusieurs neuronophages indique seule la place qui était occupée par la cellule nerveuse. »

« Dans ce cas, les altérations profondes de la substance cérébrale et l'intégrité presque complète des méninges justifient absolument le terme classique de rhumatisme cérébral. »

PRONOSTIC DU RHUMATISME CÉRÉBRAL

Presque fatalement mortel avant 1870, le rhumatisme cérébral est devenu depuis, grâce à une thérapeutique nouvelle, une affection presque constamment curable.

Avant 1870. — La mort survient avec une désespérante régularité. Vigla, médecin de la maison municipale de santé où le rhumatisme était très fréquent, eut en 1852 à traiter 65 rhumatisants avec 5 encéphalopathies rhumatismales, suivies de mort très rapidement. Woillez, qui le suppléa, eut 4 cas, tous mortels.

« On voyait le matin à la visite un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, accuser un mieux notable dans les articulations, en se plaignant d'avoir eu la nuit précédente quelques troubles intellectuels, être repris dans la journée de délire suivi de coma et le lendemain son lit était vide ; le malheureux était mort. Un autre se disait guéri depuis quelques heures de son rhumatisme et il agitait ses membres pour le démontrer ; mais il présentait en même temps un léger trouble délirant qui faisait porter un pronostic fatal, justifié dans les 24 heures. Chez d'autres le délire était plus accentué, plus bruyant, coïncidant avec la cessation des fluxions articulaires, mais toujours suivi de coma et de mort. »

Deux cas de Woillez dans la clientèle civile : mort en quelques heures.

Bourdon cite plusieurs cas analogues.

Cependant Woillez a réuni 7 cas suivis de guérison antérieurs à 1870. Mais la plupart sont incomplets, il est bien parlé de délire, mais non pas d'hyperthermie. Chez certains, les fluxions articulaires n'avaient pas disparu ; ce dernier fait est un facteur de bénignité pour majorité des auteurs. Dans 5 de ces cas, on employa : purgatifs, opium, sangsues, vésicatoires, sinapismes.

Dans les deux autres enfin, on employa affusions froides (Stechler et Giannini).

Après 1870. — La thermométrie ayant révélé de l'hyperthermie, les médecins anglais essayèrent les bains froids.

W. Fox, en 1871, cite 3 cas traités par bains : 2 guérisons. Southey et Gull rapportent 2 succès.

Maurice Raynaud, le premier en France, en 1874, applique ce traitement avec succès.

En 1875 (*Gaz. hebd.*, p. 101), Blachez cite 1 cas de guérison. Féréol, Vallin, Colrat publient également des observations suivies de guérison.

Woillez, en 1880, dans le *Bull. de l'Acad. de médecine*, rapporte 5 succès sur 5 cas traités par bains et 2 cas de mort dans 2 cas non traités par cette méthode.

Ducastel, dans sa thèse d'agrégation, rapporte la statistique suivante : sur 33 cas, 19 malades ne sont pas traités par les bains, 19 morts.

Les 14 autres sont baignés, on a 10 guérisons et 4 morts. Dans deux de ces cas le traitement avait été incomplètement suivi.

Depuis cette époque des cas de guérison quasi-miraculeux ont été publiés, nous en rapportons quelques observations. Sans les bains tous ces cas où à peu près se seraient infailliblement terminés par la mort.

Donc le pronostic est toujours très sérieux, même avec les

bains, mais si on réunissait toutes les observations dans lesquelles le traitement a été installé à temps et ponctuellement suivi dans toute sa rigueur, on aurait au moins 80 guérisons pour 100.

Avec les autres traitements, la mort survenait dans 95 cas sur 100 et peut-être même davantage.

N'oublions pas que ce pronostic varie avec la forme ; dans les cas suraigus, le malade n'a souvent pas le temps de recevoir les soins qui l'auraient peut-être guéri. Ici il aurait fallu instituer le traitement hydrothérapique dès la constatation des symptômes avant-coureurs de la terrible complication : c'est à établir un diagnostic précoce que l'on devra s'attacher.

On aura sans doute bien de la peine à faire accepter presque prophylactiquement au malade et à l'entourage un pareil traitement, mais si on vous le refuse et qu'une catastrophe survienne, vous aurez sauvé votre réputation et votre responsabilité. C'est la fermeté du diagnostic qui rendra fermes dans des prescriptions aussi brutales en apparence.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Ce chapitre n'est pas fait dans les auteurs qui se sont occupés du rhumatisme cérébral et que nous avons pu consulter. Cette omission tient sans doute à ce que le diagnostic est facile.

En effet, lorsque chez un malade atteint de polyarthrite aiguë fébrile survient avec une exacerbation à peu près constante et très accentuée de la température un délire calme ou agité, le plus souvent précédé d'une très grande diminution ou même de la disparition complète des fluxions articulaires, il n'y a pas à en douter, malheureusement, on est bien en présence d'une attaque de rhumatisme cérébral.

Le délire salicylique, comme le rhumatisme cérébral, s'accompagne lui aussi d'amélioration très sensible des arthropathies. Mais tandis que dans le rhumatisme cérébral le délire est d'abord intermittent, survenant surtout la nuit, et ne devient continu que progressivement, le délire salicylique, au contraire, éclate brusquement, presque sans prodromes, et atteint d'emblée son apogée. De plus, dans le rhumatisme cérébral, la température monte brusquement, en quelques heures, à 40° ou au-delà. Dans le délire salicylique, au contraire, elle descend plus ou moins rapidement vers la normale et parfois même au-dessous.

Le pouls qui, dans le rhumatisme cérébral, est à 110-140, dans le délire salicylique est ralenti (60-48).

La mydriase est la règle dans l'encéphalopathie rhumatismale. C'est le myosis, avec inégalité pupillaire, qu'on rencontre dans le délire salicylique. L'encéphalopathie rhumatismale est plus fréquente chez les hommes, le délire salicylique chez les femmes.

Delirium tremens. — S'il survient, au cours d'une poussée rhumatismale, le diagnostic peut être assez délicat, surtout si on ignore les antécédents du sujet. Cependant on note un tremblement généralisé à tout le corps, très accentué au niveau des lèvres, un délire plus ou moins violent avec hallucinations de l'ouïe (sujet se croit injurié), ou de la vue (animaux, meurtres, incendies). La température demeurant celle du rhumatisme, peu élevée au début tout au moins, un pouls et une respiration à peine accélérés au début, semblent assez caractéristiques.

Dans le rhumatisme cérébral on n'a pas de tremblement ni d'hallucinations spéciales, terreurs, etc., on a une hyperthermie d'emblée, énorme dans la plupart des cas, disparition fréquente des fluxions qui existaient la veille. Dans le *delirium tremens*, qui éclate au cours du rhumatisme, ces arthropathies persistent toujours.

Urémie avec délire. — L'urémie survenant en pleine poussée de rhumatisme articulaire aigu, ne s'accompagne pas d'une élévation de température : on a peu d'urine, beaucoup d'albumine, de la céphalée, des vomissements et persistance des localisations articulaires.

Délire nerveux simple au cours du rhumatisme articulaire aigu. — Ici on n'a pas de très forte température, les articulations restent prises. Dans tous les cas il faut se méfier, car ce délire peut être un des prodromes de la localisation cérébrale. S'il y avait des doutes, selon nous, on devrait traiter comme si le rhumatisme cérébral était déclaré.

TRAITEMENT

Depuis que l'on connaît le rhumatisme cérébral, les traitements employés ont été multiples : saignée, purgatifs, révulsifs modérateurs nervins, etc. Mais c'est avec ces méthodes anciennes de traitement, ne l'oublions pas, que le rhumatisme cérébral faisait tant de victimes. Aujourd'hui on serait bien coupable si on s'en tenait à cette thérapeutique si anodine, mais qui laisse mourir à peu près infailliblement tous les malades. Il faut au contraire opposer à cette complication soudaine et si violente une thérapeutique énergique, brutale en apparence, mais la seule active, à peu près à coup sûr, si elle est appliquée à temps et avec persévérance dans toute sa rigueur. Se rappeler qu'avec ce traitement, qui n'est autre que la méthode de Brand plus ou moins modifiée, il n'est jamais trop tard pour commencer. On a de véritables résurrections, on revient de l'agonie, presque de la mort.

Nous allons passer en revue les indications de ce traitement par l'eau froide, les contre-indications, la technique. Les observations que nous rapporterons feront bien comprendre dans quels cas ce traitement peut être utile, la constance qu'il faut parfois pour le pratiquer jusqu'au bout. Enfin, nous reproduirons des observations dans lesquelles le malade est mort et aurait très vraisemblablement guéri s'il avait été traité par l'hydrothérapie.

Indications des bains

Il faut, dit Woillez :

« 1° Prescrire les bains quand au délire se joignent l'atténuation ou la disparition des fluxions articulaires et l'existence d'une température de 40° et au-dessus. Alors les bains froids réussissent dans toutes les périodes du rhumatisme cérébral, qu'il y ait délire, coma ou même imminence de mort. »

L'observation suivante, que nous empruntons à Potain, prouve qu'il ne faut jamais désespérer et employer les bains même quand la mort est imminente.

Observation Première

(Potain : Conférences cliniques, *in* Journal de médecine et chirurgie pratique, t. II, p. 441)

Appelé un soir auprès d'un malade atteint de rhumatisme et chez lequel un certain degré d'excitation avec l'élévation de la température pouvaient faire craindre des accidents cérébraux, il recommanda de préparer pour le lendemain matin tout ce qui était nécessaire pour administrer des bains froids si ces accidents survenaient. Mais ceux-ci se produisirent beaucoup plus rapidement, et le médecin ordinaire, appelé au milieu de la nuit, constata que le malade était dans un état si voisin de l'agonie que les cornées étaient déjà absolument ternes. Néanmoins il pratiqua des affusions froides en attendant que l'on pût donner des bains ; ceux-ci furent ensuite administrés et continués pendant 5 jours. Le malade guérit, et ce qui peut démontrer à quel point la vie

était compromise chez lui quand la médication fut commencée, c'est que la partie superficielle de la cornée, altérée déjà comme elle l'est au moment de l'agonie, s'élimina et que cette lésion fut ensuite assez longue à se réparer.

2° Recourir aux bains froids si, avec le délire, il n'y a pas de diminution des symptômes articulaires, mais si l'hyperthermie est manifeste.

3° Les bains froids doivent être remplacés par des révulsifs s'il y a un délire simple, les manifestations articulaires suivant leur cours et l'*hyperthermie faisant défaut.*

Il faut se rappeler que cette thérapeutique révulsive était employée par les auteurs anciens, et c'est avec elle que Vigla perdait tous ses malades : elle n'est que révulsive.

L'hydrothérapie, elle également, est révulsive, mais de plus et surtout elle abaisse la température, Or, si l'hyperpyrexie n'est pas un élément pathogénique, c'est un symptôme qui, lorsqu'il existe à un degré très accentué, compromet rapidement l'existence du malade.

De nombreux auteurs se basent uniquement sur l'élévation de la température pour prescrire des bains. Le degré de température au-dessus duquel ils pratiquent systématiquement la balnéation, varie : W. Fox (*Medic. Times*, oct. 19. 1872) attend que la température soit de 41°7 pour baigner les malades. C'est trop tarder. Une formule meilleure, pensons-nous, est celle de Maurice Raynaud et Blachez : recourir aux bains si avec la température de 40° on a des accidents nerveux.

L'hyperthermie n'est pas tout, la preuve c'est qu'on a eu des cas de mort avec des températures peu élevées. Dans ces cas il nous semble qu'on doit donner des bains qui agiront comme révulsifs et feront disparaître les phénomènes nerveux graves. A côté du délire, peu grave en lui-même, il y a

les spasmes toniques et le coma, que les bains font disparaître en régularisant les fonctions du système nerveux.

Les bains, dit M. Raynaud, triomphent de *tous* les accident sans exception. « Je ne connais pas de méthode thérapeutique qui rappelle un malade du bord de la tombe d'une façon aussi évidente que je l'ai observé dans certains cas à la suite des bains froids. »

On revient de l'agonie en suivant un ordre inverse à celui qui vous y avait conduit. Les symptômes somatiques cèdent les premiers. On a un « délire de retour ». D'asphyxique le patient est ramené à la condition d'un aliéné. On a d'abord un ralentissement du pouls et de la respiration : ce qui traduit l'action des bains sur le bulbe. Puis les mouvements anormaux se calment lorsque les bains agissent sur la moëlle. Enfin, les portions de l'encéphale, qui président à l'idéation, sont les dernières impressionnées : le délire persiste seul. Mais il finit toujours par être modifié par les bains, ne serait-ce qu'un court moment même, dans les cas qui se terminent par la mort.

La température s'abaisse, la respiration et le pouls se ralentissent, comme nous l'avons déjà dit, et la tension s'élève. La diminution du nombre des battements cardiaques et des mouvements respiratoires a pour effet, fait observer Dupré, d'obtenir la décongestion des centres nerveux. Cette décongestion permettrait facilement et rapidement la résorption des exsudats périvasculaires. Malheureusement, quand il existe des altérations très accentuées et très étendues des cellules nerveuses, le traitement doit être impuissant.

En plus de cette action salutaire sur les lésions minimes des centres nerveux, les bains ont pour effet immédiat, répétons-le, d'abaisser parfois de plusieurs degrés la température, qui allait devenir incompatible avec la vie. Ce dernier effet variera avec la température et la durée du bain.

Les observations suivantes montrent tout le parti que l'on peut tirer des bains froids et doivent inspirer confiance en ce traitement spécifique.

Observation II

Rhumatisme cérébral avec hyperthermie traité par les bains froids : Guérison (Professeur Rauzier : Leçons de thérapeutique clinique)

Le 24 mai 1901, j'étais appelé à voir en ville, avec deux de mes confrères, un homme de 50 ans, surmené par d'importantes affaires et atteint, depuis une dizaine de jours, d'un rhumatisme aigu polyarticulaire. Depuis deux ou trois jours on avait remarqué chez le malade de l'agitation, de l'insomnie, un ton bref, de la dyspnée, et le thermomètre avait indiqué des températures progressivement croissantes.

Le matin du jour où je le vis, le chiffre de 40°1 avait été inscrit sur la courbe ; le pouls était à 84, le cœur normal. Les jointures, encore un peu tuméfiées, étaient moins douloureuses que les jours précédents ; les pupilles étaient égales et contractiles ; il existait quelques râles sous-crépitants, au niveau des bases et une abondante éruption de sudamina sur le corps ; malgré la nervosité du malade, l'intelligence était intacte. En présence de cet ensemble suspect, mais non encore inquiétant, je crus devoir conseiller des bains tièdes de 15 minutes, l'administration de poudre Dower et l'application de cataplasmes sinapisés sur les jointures.

Les premiers bains furent suivis d'une sédation ; mais dans la matinée du lendemain j'étais rappelé d'urgence auprès du malade : la température avait pris un nouvel élan et s'était élevée à 41°2 ; le pouls était monté à 108 ; le malade présentait une agitation violente, du délire, des soubresauts des

tendons, de la carphologie. A l'examen, l'énergie cardiaque était médiocre, le visage congestionné, l'abdomen dur et ballonné ; les articulations étaient absolument indolentes. L'immédiate gravité d'une pareille situation nous parut justifier l'emploi des bains froids, et, d'accord avec mes confrères, je prescrivis l'administration, toutes les trois heures, d'un bain de 10 minutes, progressivement abaissé de 25° à 20°, et suivi d'une affusion froide ; le malade devait conserver, dans les intervalles des bains, des compresses glacées sur la tête.

Aussitôt après le premier bain, l'agitation se calme et le délire cesse ; dans la soirée, le thermomètre ne dépasse pas 37°6 ; l'état général est bon ; les bains sont suspendus. Le lendemain matin une reprise de la fièvre de 39°8, le retour de l'agitation et du délire, provoquent une reprise passagère des bains froids ; le soir du même jour, la température est à 38°8. C'est là un maximum qu'elle n'atteint plus dans la suite jusqu'au terme de l'évolution fébrile, survenu 4 ou 5 jours après.

Observation III

Rhumatisme cérébral : délire violent, coma, hyperthermie, traité par les bains ; Guérison

(Colrat, *Lyon Médical*, 1875) Obs. résumée

Homme 34 ans, atteint depuis 6 jours de deuxième atteinte de rhumatisme articulaire qui a occupé les deux genoux, les deux articulations tibio-tarsiennes et la hanche droite. Pouls 116 ; pas d'endocardite ; température, 38°2.

Le malade reste dans cet état du 19 au 25 avril 1875 ; le pouls se maintient au-dessus de 100 ; la température monte progressivement à 39°5.

Dans la nuit du 25 au 26, délire, cris ; camisole de force. Température 41° ; pouls, 100.

28 et 29. — Température entre 41° et 41°5 ; pouls 120 ; les deux genoux sont tuméfiés ; alternatives de délire et coma.

30. — Température 41°6 ; pouls 128. Les deux poignets sont tuméfiés. Demi-coma. Carphologie. Rien au cœur.

Bain froid à 2 heures (température 41°7) à 20° ; durée 5 minutes. Du 30 à 2 heures au lendemain 1er mai à 5 heures, le malade prend 6 bains de 5 minutes à 20°. La température tombe peu à peu de 41°7 à 38°4.

Le malade est sorti de son demi-coma, délire tranquille.

2 mai. — Le délire persiste ; température, 38°3.

3 mai. — Le délire cesse, l'appétit reparaît. Température 38°2 ; pouls 80. Les jointures sont libres, à l'exception du genou gauche. L'état va en s'améliorant, et le malade sort guéri le 14 mai.

Observation IV

Rhumatisme cérébral avec hyperthermie traité par bains : Guérison

(Obs. résumée)

Raoul Boussi, *France Médicale*, 1878

Homme entre le 23 juillet dans le service Lancereaux, dans un état ataxo-adynamique survenu pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu : stupeur, soubresauts, mâchonnement. Pouls 140 ; température 41°5. On donne un bain froid à 23°, le malade le supporte bien et y reste trois quarts d'heure. Après le bain, le coma est moindre. On donne bientôt un autre bain.

24 juillet. — Température 38°4 ; pouls 128 ; myosis.

A 1 heure, température 39°4 ; bain à 25° de demi-heure.

25 juillet. — A 7 heures, température 39°2. On donne un quatrième bain de demi-heure.

27 juillet. — Douleurs articulaires assez fortes, avec gonflement. Salicylate de soude, 6 grammes. Vomissements.

28 juillet. — Julep morphiné.

14 août. — Le malade sort guéri.

Observation V

Rhumatisme cérébral grave, traité par bains froids : guérison

(Observation résumée)

Blachez : *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, février 1875

Femme de 30 ans, atteinte de rhumatisme articulaire très douloureux, sueurs abondantes, réaction fébrile exagérée. Les douleurs disparurent tout à coup au 5e jour en même temps que se manifestèrent des accidents cérébraux : agitation, délire de plus en plus violent aboutissant à un état comateux.

Température 41°6 dans l'aisselle, mort imminente. On plonge la malade dans un bain à 23°, on abaisse jusqu'à 21°. La température tomba à 38° après une demi-heure d'immersion, cependant le bain fut prolongé pendant 1 heure et demie. Pouls 112 au lieu de 156.

La température se relève rapidement, le délire persiste puis se calme ; la malade est dans un état comateux, dont elle ne sortit qu'au bout de 4 jours, au 11e bain. On n'en donna que 12. Convalescence, rétablissement rapide.

Dans ce cas, le BrK, le calomel et le vésicatoire avaient échoué.

Observation VI

Rhumatisme cérébral. — Forme ataxique et comateuse. Hyperthermie exceptionnelle. Guérison par la méthode hydrothérapique (Observation résumée

M. X..., 50 ans, sobre, ni éthylique, ni syphilitique. Dans affections fébriles antérieures : congestion pulmonaire aiguë, amygdalite, a eu délire se rapportant à des questions de finances et des soucis de famille.

22 février. — Première visite. Le malade a un rhumatisme articulaire datant de 8 jours ; pied droit, genou gauche et main droite étaient pris. La physionomie est étrange, l'air égaré. Température axillaire, 39°. Salicylate de soude, 5 grammes. Lait.

24 février. — Les deux épaules sont prises. Sueurs profuses. Insomnie et divagations nocturnes. Salicylate non incriminé d'ailleurs est supprimé et remplacé par le sulfate de quinine. Température, 39°3.

Les jours suivants, température 40°. Eruption miliaire confluente. Délire nocturne portant sur des questions de finances. Urines copieuses et très limpides, traces d'albumine. Purgatifs, diète lactée.

2 et 3 mars. — Délire plus continu. Quelques mouvements convulsifs et soubresauts de tendons. Pied droit et main gauche encore gonflés et douloureux. Léger souffle à la base du cœur. Les urines sont toujours claires et abondantes, il y a un peu plus d'albumine. Pouls 105, température 40°5.

4 mars. — Phénomènes ataxiques plus marqués. Somnolence, délire presque continu. Pouls 120, température 41°.

Dans la nuit, le malade tombe dans le coma le plus com-

plet. Vu à 4 heures du matin : regard fixe, face livide, respiration stertoreuse, pouls incomptable. Température axillaire 42°9. Pendant les deux heures nécessaires pour trouver et organiser un bain, on fait des lotions froides. A 6 heures, la température monte dans l'aisselle à 43°4. Le collapsus asphyxique faisait hésiter à le plonger dans le bain à 18°. Enfin, on l'y plonge. Au bout de 5 minutes, le pouls se relève un peu, le malade expectore ; la température descend à 38°, le malade est remis au lit. Une demi-heure après, la température remonte à 42°4 dans le rectum. Deuxième bain à 18° environ, avec affusion d'eau glacée sur la tête ; la face reprend une expression de vie. Pouls 110 ; température axillaire 39°. Convulsions toniques. Bain cessé au bout de 8 minutes, les convulsions sont effrayantes, la température remonte encore à 42°. Troisième bain. Le malade y est placé difficilement à cause de la raideur tétanique (opisthotonos). Au bout d'un quart d'heure, le regard perd sa fixité, l'état convulsif s'amende ; sur demande le malade montre la langue.

Température rectale, 39°. A 8 heures état demi-comateux et quelques symptômes ataxiques. Mais la température reste à 41° dans le rectum, le pouls est à 100. Deux bains à 20° sont encore administrés. On prend la température d'heure en heure et on applique des bains dès qu'elle dépasse 40°. Chaque fois un bain de 6 à 8 minutes fait baisser de 1° la température rectale et cesser les troubles cérébraux. Le malade a pris 5 bains de moins en moins froids. Pendant 4 jours la température s'est maintenue à 40° environ, le pouls oscillant entre 80 et 90. Somnolence, délire de plus en plus rare. Urines toujours albumineuses. A partir du 8 mars, le malade se refuse à la balnéation. On note congestion hypostatique des bases ; on fait alors lotions froides et vinaigrées, musc et sulfate de quinine. Du 9 au 12 mars le température reste à 39°. Le souf-

fle de la base du cœur a disparu ; le poignet droit est resté gonflé et douloureux. Le 12, température 38°5. Disparition de l'albumine. Peu à peu la somnolence diminue avec le retour progressif à l'intelligence et à la santé, qui sont aujourd'hui complètes.

Observation VII

Rhumatisme cérébral, guérison rapide par bains froids

(Vallin : *Union Médicale*. 1887, p. 353-356

(Résumée)

Au cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu, avec fièvre modérée, on voit plusieurs fluxions articulaires disparaître brusquement, en moins de 24 heures, et être remplacées, du soir au matin, par un délire violent et persistant ; ces accidents cérébraux coïncident avec une température excessive (+ 41°4 dans l'aisselle à 10 heures du matin), des sueurs profuses et une éruption miliaire très confluente. Les bains froids à + 23°, prolongés pendant 25 à 30 minutes, abaissés à 20°, amènent presque immédiatement une diminution, puis une suspension prolongée du délire, un abaissement notable et assez persistant de la température : 4 bains sont donnés le premier jour, deux autres le lendemain ; une recrudescence du délire et de la fièvre nécessite, le 3e jour, un septième bain après lequel la convalescence suit régulièrement son cours. La chaleur fébrile et le délire cédèrent assez rapidement, mais il persistait une certaine hébétude, une sorte de torpeur cérébrale qui faisait redouter le coma et conduisit à continuer les bains froids au-delà de la mesure exigée par l'excès de température.

Observation VIII

Hyperpyrexie dans le rhumatisme articulaire aigu, bains froids : Guérison

(Observation résumée)

(Frodsham et Steedman, *The Lancet*, 31 oct. 1891).

Homme de 62 ans, souffre de douleurs qui ne l'empêchent pas de sortir depuis 3 semaines. A une première visite, la température est de 38°8, on prescrit du salicylate de soude, 0 gr. 75 toutes les 4 heures. Pendant 5 jours aucun changement. Le 6e jour, à 11 heures du matin, le malade est dans un état de subconscience, il ne souffre pas. On prescrit de la quinine, 0.20 par heure. La connaissance revient, sueurs ; le malade répond bien.

A 6 heures, le malade est de nouveau sans connaissance, pâle ; la respiration est stertoreuse. Il allait mourir.

On le plonge dans un bain à 9° environ.

Après 15 minutes, la température rectale est de 41°7 ; après 20 minutes, de 40°7 : après 35 minutes, de 39°7.

A mesure que la température baissait, le pouls se régularisait.

A minuit la température était au-dessous de la normale, il fallut des bouillottes. Le malade s'endormit. Le lendemain la température remonta à 40°5, les douleurs articulaires revinrent. Huit jours après la température était normale et tout rentrait dans l'ordre.

Observation IX

Rhumatisme articulaire aigu. — Hyperhémie. — Traitement par les bains froids : (Observation résumée)

(Nathan Raw, *The Lancet*, 9 juin 1894)

Malade, âgée de 58 ans, entre à l'hôpital une semaine après le début de douleurs siégeant dans les coudes, poignets, épaules. Les mouvements sont très douloureux. La température est de 40°. La malade a un air anxieux, la peau est brûlante et sèche, la respiration bruyante. Respiration, 26 ; pouls 120 régulier.

Trois heures après l'entrée, la température est de 42°2. La malade est sans connaissance, très agitée.

La face est cyanosée ; myosis ; les articulations se meuvent sans douleur. Pouls 152, très petit. La malade allait mourir.

Elle est placée dans un bain à 37°7, dont on abaisse la température jusqu'à 18° en 15 minutes. 5 minutes après le bain le thermomètre placé dans l'aisselle du malade marquait 36°1. Le délire cessa, la malade se sent bien. Après un moment d'agitation, elle devint calme. La température ne s'éleva plus qu'à 38°8. On ne donna pas d'autres bains. A partir de ce moment on donna du salicylate à l'intérieur. Les douleurs ne reparurent pas.

Les deux observations suivantes sont destinées à montrer que, même lorsqu'on a échoué avec les anciennes méthodes de traitement, par conséquent lorsque la maladie est rebelle et que l'on n'a pas à se méfier des coïncidences, le traitement hydrothérapique agit efficacement.

Observation X

Rhumatisme cérébral. Echec de divers traitements ; bains amènent guérison
(Observation résumée)
Maurice Raynaud : *Journal de thérapeutique*, 25 novembre 1874

Homme vigoureux, 32 ans, est atteint de rhumatisme articulaire aigu le 19 juillet 1874. Traité par quinine 0,75 et opium 0,05 par jour.

Le 29 juillet les douleurs disparaissent, la fièvre persiste ; le malade est très agité, céphalée. Le 31 juillet on met un vésicatoire à la nuque et des sangsues aux chevilles.

1er août. — Potion avec BrK, 10 grammes. Le malade tombe alors dans le coma, les membres sont en résolution complète, retombent inertes quand on les soulève. Sueur visqueuse. Les yeux sont presque fermés, pupilles étroites, non contractiles, conjonctives insensibles. Le malade ne réagit pas aux excitations périphériques. Pouls 120, température 40°5. On pratique une saignée de 1.200 grammes, après laquelle on a quelques mouvements automatiques, mais la température reste à 40°5. Le malade est alors plongé dans un bain à 16 degrés pendant une demi-heure, de 11 heures 20 à 11 heures 50 du matin. Le malade paraît se trouver bien dans l'eau.

La température tombe à 37°8, le pouls 76. La connaissance semble revenir.

A 3 heures 40 du soir, température 38°7. Nouveau bain, après lequel on a 36°4.

A 8 heures 30 du soir, température 38°. Nouveau bain, après lequel on a 37°1.

A 11 heures, l'amélioration s'accentue. On a des signes de

retour de la connaissance. La nuit se passe dans un sommeil calme.

2 août. — 3 bains. Le malade dort dans l'intervalle. Le soir, il reconnaît ses amis et demande à boire.

3 août. — Progrès plus marqué ; 2 bains. La température tombe de 38°4 à 36°3.

4 août. — Intelligence complète. Dernier bain. Température à l'entrée 37°9, à la sortie 36°9.

Dès lors, la température ne dépasse plus 37°3. Convalescence.

Observation XI

Rhumatisme cérébral, traité d'abord par les émissions sanguines, le calomel et les vésicatoires; ensuite par les bains froids au nombre de 16 en 7 jours

Guérison

(Observation résumée)

Féréol : *Union médicale*, 16 mars 1875

Homme âgé de 34 ans, est atteint de rhumatisme articulaire aigu. Traité au début par un vomitif et le sulfate de quinine uni au colchique, le malade au bout de 5 jours est pris de délire avec agitation et dyspnée ; en même temps, les douleurs articulaires s'évanouissent. On le purge, on le sinapise très et même trop vigoureusement, sans que le délire cesse et sans que les douleurs reparaissent. L'ataxie se prononce de plus en plus ; la température monte à 40°. On applique des sangsues une à une aux apophyses mastoïdes. On donne le calomel à dose fractionnée et le bromure de potassium 6 grammes sans succès. La température monte à 41°. Vésicatoire sur le cuir chevelu ; infusion de digitale.

La médication procure un peu de calme : le délire se transforme et devient moins agité : le malade prend un aspect de

typhique avec stupeur et subdélire continu ; insomnie complète ; agitation fibrillaire des muscles ; soubresauts des tendons ; langue sèche, etc.

Le soir, avec la température de 40°8, on commence les bains : température 21 à 25, durée généralement 20 minutes ; renouveler le bain dès que la température dépassait 39°5. En 7 jours, 16 bains furent donnés. Le frisson se produit invariablement au bout de 10 à 15 minutes d'immersion. On maintient le malade dans l'eau, malgré le frisson qui devient le plus souvent très violent, jusqu'à ce que la figure exprime un état d'angoisse et de véritable souffrance. Le malade est remis dans son lit et essuyé ; le frisson persiste pendant une heure environ jusqu'au moment où la température, qui était tombée à 36 degrés, remonte à 37 environ. Au début, le délire persiste même dans les bains, puis s'atténue et ne survient que lorsque la température atteint 38 degrés. On a de la raideur généralisée ; l'insomnie persiste, absolue. On donne une potion de Todd et BrK 4 à 8 grammes par jour.

De temps à autre, le malade fait des réponses sensées. La température se relève de plus en plus lentement après les bains (8 à 12 et 15 heures s'écoulent, avant qu'il faille renouveler les bains.)

Le 5e jour, au onzième bain, on pouvait considérer la partie comme gagnée, bien qu'il y eût encore abattement, tristesse, dépression profonde, amaigrissement considérable, persistance de la raideur tétaniforme, des soubresauts tendineux et des contractions fibrillaires.

On donne encore 5 bains, puis on suspend parce qu'il s'est produit un léger épanchement pleurétique à droite, qui disparaît rapidement. Les douleurs articulaires revinrent. Aucun signe de lésion cardiaque. Convalescence et guérison.

Dans les cas très graves, ceux sans doute dans lesquels la

maladie s'accompagne de lésions cérébrales irrémédiables, on a guérison complète par la méthode des bains ; des troubles divers persistent commandés par la localisation sur telle ou telle partie de l'écorce cérébrale, troubles psychiques divers dans quelques cas ou bien troubles moteurs, comme le prouve l'observation XII.

Observation XII

Rhumatisme cérébral avec hyperthermie, traité par les bains : Guérison (Persistance de mouvements choréiformes

(Observation résumée)

(Féréol. *Mém. de Soc. Méd. des Hôp.*, 1877, p. 1?7)

24 juillet 1876. — Appelé en toute hâte auprès d'une femme de 27 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu depuis 12 jours et chez laquelle des accidents cérébraux graves s'étaient déclarés depuis quelques heures, après diminution très marquée des fluxions articulaires, je trouvai une femme agonisante, d'une pâleur cadavérique, les lèvres violettes, les ongles bleus, dans une résolution complète et absolument insensible à toute excitation ; la respiration était stertoreuse : l'arbre aérien était plein d'une écume qui arrivait jusqu'aux lèvres ; le pouls radial était imperceptible : les extrémités étaient froides ; la température vaginale donnait 41°8 : C'était une mourante dont les instants ne se chiffraient plus que par minutes.

Il n'y avait donc rien à perdre en risquant les bains froids.

A 10 heures 45, la malade, complètement inanimée, fut placée dans le bain. A cause de la chaleur, même avec la glace, on ne put obtenir qu'un bain à 23°. Elle y resta 35 minutes, pendant lesquelles nous ne cessâmes de promener de la glace sur la poitrine, de flageller les bras, les mains, les jambes,

pour y ramener la circulation. La malade restait absolument insensible à toutes ces manœuvres et il fallait soutenir au-dessus de l'eau la tête qui ballottait de droite et de gauche et aurait été submergée sans cette précaution. Cependant la vie persistait et même il nous sembla que la respiration était moins stertoreuse ; il n'y avait plus d'écume aux lèvres, la peau avait un peu rougi. Au bout de 35 minutes, la malade fut replacée dans son lit ; la température vaginale était de 39°7.

Bientôt il parut évident qu'une nouvelle phase commençait, la malade eut quelques tremblements fibrillaires dans les muscles de la face ; puis il se produisit de la raideur tétanique des membres, de l'opisthotonos ; une salive mousseuse reparut aux lèvres et la malade se mit à pousser de faibles gémissements.

Peu à peu, cette phase convulsive augmente ; les membres, raidis, étaient agités de tremblements violents, ainsi que les muscles de la face sans prédominance d'un côté ; les cris devenaient plus énergiques ; la vie revenait, mais avec elle se manifestaient des phénomènes d'excitation du bulbe spinal qui tenaient à la fois du tétanos, de la chorée et de l'épilepsie.

A 1 heure, un deuxième bain de 12 minutes de durée fut donné. Les convulsions, qui diminuèrent pendant le bain, reprirent avec plus de violence aussitôt que la malade fut replacée dans son lit. On la remit immédiatement dans la baignoire, ce qui ne fut pas commode, 4 hommes suffisaient à peine à la maintenir, non qu'elle eût assez de force et d'adresse pour en sortir ; son agitation paraissait d'ailleurs sans but ; la tête en opisthotonos, la face grimaçante, poussant des vociférations énergiques, elle avait tout le corps secoué par une véritable folie musculaire et serait infailliblement tombée au fond de l'eau, si on l'avait abandonnée un seul instant. Nous la maintînmes ainsi pendant 1 heure. Au sortir de ce bain, à 2 heures 15, la face était cyanosée, la respiration

haletante ; la température vaginale était tombée à 36°9. A partir de ce moment, on put espérer que le danger de mort immédiate était écarté, la lutte s'établissait et non sans avantages ; on pouvait espérer la victoire.

La nuit se passa dans une agitation convulsive avec quelques moments de répit, où la malade sembla s'assoupir et même dormir quelque peu. On donna encore 4 bains (2 de 30 minutes, 1 de 20 et le dernier de 16), puis on les supprima. Ce qui porte à 7 le nombre de bains donnés en 18 heures.

A la visite du matin, amélioration réelle ; la malade parlait, répondait juste et sans délire. On avait ajouté au traitement 6 grammes de BrK.

Dans la journée du 25 juillet, les douleurs rhumatismales reparurent aux articulations des deux poignets et du genou droit avec un peu de fièvre : 38°1. Cette fluxion articulaire avait disparu le surlendemain.

La convalescence fut longue et l'agitation choréiforme persista. Les mouvements se faisaient par saccades ; la parole était également saccadée. L'intelligence était assez nette, mais avec une nuance marquée d'enfantillage. Dans la marche, il y avait une ataxie motrice très accentuée, tous les mouvements étaient choréiques. Quatre mois après la malade était dans le même état, bien que sa santé fût excellente.

Si on a lu attentivement les observations précédentes, il nous semble que l'on conclura avec nous, en lisant les suivantes : « Voilà des malades qui auraient eu de grandes chances sinon la certitude d'être sauvés, si on les avait baignés. »

Observation XIII

Rhumatisme cérébral à forme lente. Mort, sans balnéation

(Conférences cliniques du prof. Potain, *in J. de Méd. et Chir. prat.*, t. LI, 3e s. p. 441)

Une jeune femme de 27 ans entre dans le service, au 6e jour d'une troisième attaque. Les douleurs se généralisèrent rapidement, et la fièvre était assez intense ; néanmoins, au 13e jour, l'état de la malade paraissait sensiblement amélioré, lorsque le lendemain, on remarqua chez elle une certaine excitation ; de plus, malgré une température de 40°, les articulations étaient beaucoup moins douloureuses. La malade reste dans cet état assez grave sans cependant présenter d'autres phénomènes particulièrement inquiétants, jusqu'au 25e jour. Deux fois, dans ce laps de temps, elle atteignit 41° ; elle avait seulement un peu de délire la nuit ; à ce moment, elle eut une attaque épileptiforme, mais resta ensuite dans la même situation, sans aggravation, puis, le surlendemain, elle eut une deuxième attaque, tomba dans le coma et mourut.

Ce fait s'éloigne par sa marche de ce que l'on voit le plus souvent dans le rhumatisme cérébral et c'est sa lenteur même faisant espérer une issue favorable qui a empêché de recourir à l'emploi des bains froids, qui donnent des résultats excellents.

Observation XIV

Rhumatisme cérébral non traité par les bains : mort
(Persistance des phénomènes articulaires excluant métastase)
(Observation résumée)
(Ortiz-Coffigny, th. Paris 1881. Obs. I empruntée à M. Raynaud)

Femme, 35 ans, atteinte depuis 8 jours de rhumatisme articulaire. Les articulations des genoux, épaules, coudes sont tuméfiées et douloureuses. Rien au cœur. La température à l'entrée, lors de la visite du soir, est de 40°2.

A 8 heures du soir, la malade commence à divaguer, à s'agiter dans son lit ; la malade délire bientôt de plus en plus ; à 10 heures, l'agitation est extrême, elle pousse des cris violents.

A 11 heures, elle tombe dans le coma : les phénomènes articulaires persistent. L'interne de garde fait placer des sinapismes. L'aggravation continue et la malade succombe à 1 heure et demie du matin.

Autopsie. — Congestion généralisée intense du cerveau et des méninges, mais sans prolifération cellulaire, poumons congestionnés. Sang poisseux, noirâtre, non coagulé. Les articulations du genou renferment un liquide filant, louche, d'aspect presque purulent ; la synoviale est fortement congestionnée.

Observation XV

Rhumatisme cérébral non traité par bains : Mort (résumée)
(Obs. III personnelle), *in* thèse Debricon, Paris, nº 373, 1881

Malade âgé 40 ans, en proie depuis plusieurs jours à une seconde poussée de rhumatisme articulaire aigu généralisée. Température 39°. Après état stationnaire, il y a eu amendement, enfin les complications cérébrales annoncées par des sueurs abondantes de la céphalée, de l'inquiétude, apparurent.

A 8 heures du soir, le malade cause avec sa garde. Le délire commence entre 10 heures et 11 heures et est caractérisé par des gestes, des mouvements et des paroles incohérentes. La peau était très chaude et les sueurs abondantes. La température n'a pas été prise.

A 1 heure du matin, l'interne appelé ordonne des lotions froides et 1 gramme de sulfate de quinine. Mais la garde s'imaginant que, puisque le malade était en sueur, des lotions froides ne pouvaient qu'aggraver le mal, ne fit rien et se borna à lui donner son sulfate de quinine.

Dès la première prise de 0,50 de sulfate de quinine, le malade vomit des matières noirâtres. Il ne cherche plus à se lever, il tombe dans le coma absolu : les sueurs étaient très abondantes ; la respiration fréquente, entrecoupée. Il mourut dans cet état entre 4 et 5 heures du matin.

Observation XVI

Rhumatisme cérébral non traité par les bains froids : Mort
(Obs. IV personnelle, *in* thèse Debricon, Paris, 1881, résumée

Homme, 25 ans, atteint pour la deuxième fois d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu, généralisé. Lésion mitrale ancienne. La température qui était négligeable au début, du 8e au 12e jour environ, s'éleva progressivement à 40°. Un délire calme apparaît pendant une nuit. Il disparaît au réveil. On trouve le malade un peu plus fatigué que la veille. On parle de bains, mais on ne les ordonne pas. Le soir, à 7 heures, le malade a 40°7. A 3 heures du matin, délire en paroles très calme, carphologie. A 4 heures, le malade tombe dans un coma absolu. A 7 heures du matin, la température est de 41°4. Mort à 8 heures.

Observation XVII

Un cas de rhumatisme cérébral (non traité par les bains : mort)
Par Raymond Bernard : *Soc. méd. des Hôp.* 1902, p. 181-186

Un jeune soldat du 104e régiment d'infanterie, C..., entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 8 *février*, en pleine attaque de rhumatisme articulaire aigu franc généralisé.

Pris brusquement, le 5, de douleurs très vives dans les genoux, il avait dû cesser aussitôt de marcher, et, quoiqu'il n'eût pas de fièvre, on l'avait porté à l'infirmerie.

Le 6 février, la température s'élevait, les genoux se tuméfiaient, la douleur se propageait aux articulations des pieds,

puis des membres supérieurs ; enfin de la colonne vertébrale, et le malade ne pouvait plus bouger sans gémir.

Une dose de 4 grammes de salicylate de soude ne fit rien, et, quand il arriva à l'hôpital, C... réalisait le type complet du rhumatisant immobilisé tout entier dans l'empâtement douloureux de ses jointures.

Dès ce moment un fait anormal fixa l'attention : une dyspnée très vive, indice ou menace de complication thoracique. Au moindre effort, le malade s'essoufflait, multipliant ses mouvements respiratoires jusqu'à 42 par minute y compris des pauses qui coupaient de temps en temps son halètement. Il accusait de cette oppression une douleur pongitive de la région précordiale que tout mouvement, un simple attouchement exaspérait.

Les bruits du cœur étaient réguliers, un peu sourds tous les deux, le pouls battant à 110 environ, la pointe dans le 5e espace en dedans du mamelon.

Dans le voisinage on entendait des râles sibilants, et aussi dans toute la région antérieure du thorax. En arrière, ils couvraient le murmure vésiculaire, affaibli du reste un peu partout. Aux bases, des râles sous-crépitants fins, plus serrés à gauche. L'auscultation est abrégée par les plaintes du malade qui n'a pu s'asseoir et qu'on maintient soulevé et raidi dans une extension très pénible.

Sa gorge, dont il ne se plaint pas, est pourtant rouge, avec des amygdales à peine tuméfiées. L'urine est en faible quantité, de teinte foncée, il y a des traces d'albumine.

C..., très lucide, donne quelques renseignements sur ses antécédents : il a eu à huit ans une première attaque de rhumatisme qui l'a tenu au lit toute une année, puis à douze ans la fièvre typhoïde, et depuis il s'est bien porté, n'ayant jamais eu à interrompre sa besogne de cultivateur. Depuis

un an, travaillant toujours, il souffrait de douleurs assez vagues, mais persistantes, qui s'étaient fixées dans le côté droit (il indique le foie). Son père est mort d'une attaque de rhumatisme, et un de ses trois frères est mort phtisique.

Traitement : application de 6 grammes à chaque jambe de salicylate de méthyle, avec enveloppement ouaté, ventouses scarifiées.

Le 9 février, même état. Délire discret dans la nuit, pas d'aggravation apparente dans la dyspnée. C... est endolori toujours autant, on ne l'ausculte pas. Même traitement.

Le 10 février, C... se trouve mieux, mais dans la nuit il s'est agité beaucoup, il se dressait sur son lit, se couchait en travers : il suait au point qu'on a dû le changer six fois. Ce matin la dyspnée persiste, l'amélioration manifeste de toutes les douleurs permet à C... de s'asseoir ; les signes physiques sont ce qu'ils étaient le 7, mais on entend en plus, à la base gauche, au niveau et au-dessous de la pointe de l'omoplate, un gros souffle inspiratoire et expiratoire, rude et grave. A cet endroit, les râles sous-crépitants fins se sont multipliés, et le son de percussion est mat. Expectoration gommeuse avec quelques crachats muco-purulents. Même état du cœur. Un peu de diarrhée. C... a des bourdonnements d'oreille, il entend mal. Continuation du salicylate de méthyle, et potion avec ergotine, 2 grammes.

Le 11 février, les douleurs se calment, non la dyspnée. On suspend les applications de salicylate de méthyle ; salicylate de soude, 8 grammes.

Le 12 février, les douleurs avaient disparu : le 13, elles reprennent dans les genoux. La transpiration est toujours abondante : elle a couvert la peau d'une éruption presque confluente de sudamina. La dyspnée persiste avec les mêmes signes physiques : matité étendue à toute la base gauche ; vibrations presque éteintes ; souffle ; bronchoponie ; pectori-

loquie aphone ; signe du sou négatif. L'expectoration n'a pas changé de caractère ; toux discrète. L'urine, toujours avec des traces d'albumine, atteint deux litres ; salicylate de soude, 8 grammes.

Le 13 février, amélioration persistante en ce qui concerne les douleurs et l'état général ; *statu quo* dans les poumons ; la dyspnée et la douleur précordiale constantes. Ventouses scarifiées sous l'aisselle gauche ; injection conditionnelle de morphine ; salicylate de soude, 8 grammes.

Le 14 février, l'état général semble toujours meilleur, malgré la dyspnée toujours intense, et C... se meut assez librement dans son lit. A 2 heures de l'après-midi, il paraît mieux encore. A 6 heures, après avoir bu du bouillon et du lait, et causé très tranquillement avec la sœur du service, il se plaint tout à coup d'un très grand mal de tête : il se renverse sur son lit, s'agite, suffoque, se plaint toujours en tenant son front, puis se met à délirer.

A 10 heures, appelé par le médecin de garde, qui voit la température s'élever à 41 degrés, la dyspnée s'accroître, les convulsions s'ajouter au délire, et le malade s'en aller malgré l'éther, l'huile camphrée et la morphine, je me trouve très embarrassé en face de ces accidents inexpliqués. Il ne s'agit pas d'asphyxie ; la respiration est évidemment gênée, mais elle se fait sans tirage ni cyanose ; il ne s'agit pas d'urémie : le rein n'a jamais été en cause, et les convulsions cloniques qui font battre les coudes sur son lit, qui secouent les lèvres et qui déforment la face, témoignent seulement de l'excitation des centres nerveux. Frappé par ce que je viens d'entendre dire à la Société médicale des Hôpitaux, je me demande si, dans ce désordre subit, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien n'est pas en jeu, et si, dans cette agonie sans espoir, la ponction lombaire n'est pas une chance de salut.

Pendant qu'on prépare le malade, toujours convulsé pour-

tant, sa tête est ballante, il faut la soutenir ; un faux mouvement d'un infirmier laisse aller la face sur le traversin, sans qu'un mouvement instinctif essaye de la dégager. Il n'y a aucune réaction aux piqûres successives que je dois faire d'abord dans l'espace lombo-sacré où je ne trouve rien, puis au-dessus de la quatrième lombaire. Là. le liquide jaillit et remplit d'un jet un tube stérilisé, puis un autre, et je dois l'arrêter.

Le malade, recouché, n'a plus de convulsions ; son pouls ne s'est pas modifié ; la respiration est plus lente et plus faible, et il reste inerte jusqu'à sa mort, à 11 heures et demie. une heure après la ponction.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — La quantité reçue dans les tubes était exactement de 50 centimètres cubes. M. le professeur Georges a eu l'extrême obligeance d'y rechercher le salicylate de soude ; il en a reconnu la présence à l'état de traces non dosables.

L'examen cytologique n'a rien donné. Ce liquide, limpide comme de l'eau claire, n'a laissé, après quarante-huit heures de centrifugation, qu'un dépôt insignifiant où l'on avait peine à apercevoir quelques débris cellulaires amorphes parmi les légers dépôts de bleu Borrel.

Les cultures aréobies sont restées stériles, sauf un tube de bouillon évidement contaminé où des microcoques et du coli (?) ont poussé tardivement.

Pour la recherche des anaréobies, on a mis d'abord à l'étuve une pipette du liquide même passée à la trompe et scellée. Ce liquide, non troublé d'ailleurs, a été reporté le troisième jour dans des pipettes de bouillon et de lait : rien n'y a poussé.

Contre-indications des bains

Mais les bains n'ont-ils pas des inconvénients, peut-on les employer dans tous les cas ?

Woillez prétend à tort qu'il n'existe pas d'exemple de nocuité des bains.

En réalité, il en a été signalé plusieurs cas : syncope, pneumonies, pleurésies, congestions pulmonaires. Nous ferons remarquer que ces complications peuvent se produire en dehors de la balnéation ; qu'avec les bains bien administrés elles sont rares. Dans les cas où elles se produisent ou bien dans les cas où elle existaient avant les bains, il ne faut pas en tenir compte, si la température et les autres phénomènes nerveux viennent vous forcer la main.

Les lésions cardiaques ne sont pas influencées par les bains, on ne doit pas s'y arrêter. « En présence d'une mort certaine ou à peu près, si on ne baigne pas, jamais on ne devra s'abstenir. »

Une malade de W. Fox contracta une broncho-pneumonie pendant l'emploi des bains, mais elle en guérit presque entièrement avant la fin de leur emploi.

Chez un autre malade, un épanchement péricardique et une pleuro-pneumonie double antérieure au traitement par le froid entrèrent en résolution pendant la période même des bains.

Deux malades de Thompson guérirent malgré la production de pneumonies.

La situation désespérée dans laquelle on se trouve excuse même les hardiesses thérapeutiques : sans se laisser intimider par la présence d'une pneumonie ou d'une bronchite in-

tense, d'un collapsus pulmonaire ou d'une endocardite, pas plus que par la menstruation, il faut toujours baigner.

Mode de réfrigération

On a essayé le drap mouillé, les lotions, les affusions, etc. Les inconvénients sont les mêmes que ceux des bains : danger de congestions viscérales. La réfrigération produite est moindre qu'avec les bains, aussi c'est à ces derniers qu'il convient de donner la préférence dans la majorité des cas.

Température du bain et durée. — Elles varient avec les auteurs. Les auteurs anglais ont employé les bains tièdes qu'on refroidit (30 à 37° qu'on abaisse à 25 et même 20). Durée au moins une demi-heure. Pendant le bain, on frictionne le malade avec de la glace au niveau de la tête, nuque, poitrine.

En Allemagne, on emploie des bains de 29° et même moins, d'une durée de 15 minutes. Pendant le bain, affusions froides sur la tête avec de l'eau à 6 ou 8°.

En France, M. Raynaud, dans le premier cas traité, employa un bain à la température de 16°.

Woillez emploie des bains à 20° d'un quart d'heure.

Blachez 20 à 25°, durée 20 minutes.

Notre maître, M. le professeur Rauzier, dans l'observation qui a été le point de départ de cette thèse, a également employé avec succès des bains à cette température.

Henri Barth, dans le Traité de thérapeutique appliquée de Robin, fait plonger le malade dans un bain à 30°, qu'on refroidit peu à peu en surveillant l'état général, pouls, température jusqu'à 18 et même 16°. On le prolonge jusqu'à ce que la température axillaire soit descendue au-dessous de

38°. A ce moment, on sort le malade du bain, on l'enveloppe d'un drap sec et d'une couverture, on le replace dans son lit, on le frictionne légèrement sans l'essuyer et on lui fait prendre quelques cuillerées de grog ou de vin chaud. Quand la température reprend, dépasse 38°5 dans l'aisselle ou 39° dans le rectum, on reprend un bain et on procède comme dans le premier cas.

La méthode anglaise est moins effrayante, tout au moins au début : ce n'est pas à dédaigner avec le malade qui a toute sa lucidité. On peut prolonger le bain plus longtemps et comme on n'a pas de vaso-constriction au début et une surproduction de calorique par excitation réflexe, on parvient à enlever quand même autant de calories qu'avec les bains plus froids, sinon davantage. Bouchard lui donne la préférence. Dans les cas très pressants, comme on pourra s'en rendre compte en parcourant les observations que nous rapportons, il vaut peut-être mieux employer une méthode plus barbare, mais qui paraît mâter davantage et plus vite un système nerveux excité, et stimuler séance tenante des centres nerveux défaillants.

La durée du bain — Ne peut être fixée mathématiquement : elle sera d'autant plus courte que le bain sera plus froid. Mais il faut tenir grand compte des réactions du malade. Ne pas tenir compte de léger malaise ou frissonnements. On sort le malade dès qu'il frissonne fortement et que ses extrémités se cyanosent (1/4 d'heure à 1 h. 1/2). Donc la présence du médecin paraît indispensable pour fixer la durée d'un bain ; il devra se baser sur l'état général du malade, le pouls et la température.

Au sortir du bain. — Essuyer rapidement le malade, le replacer dans son lit et au besoin le réchauffer si la dépression paraissait trop accentuée.

Fréquence des bains. — Varie avec auteurs et avec chaque cas : certains donnent un bain toutes les trois heures ; d'autres deux ou trois par jour seulement. Certains répètent les bains dès que la température axillaire a atteint un degré variable avec les auteurs : 38°, 38°5, 39°, 40°.

Cessation des bains. — Quand la température se maintient vers 38°, que les phénomènes nerveux moteurs et psychiques ont disparu, quand le pouls s'est ralenti et que le malade dort paisiblement. Reprendre à la moindre alerte.

Traitement concomitant de la balnéothérapie. — Barth recommande de renoncer au salicylate de soude dès qu'on a des accidents de rhumatisme cérébral. Concurremment avec les bains, pour calmer les centres nerveux, on pourra prescrire utilement un peu de chloral ou de bromure.

Il va sans dire que l'on devra tonifier les malades pendant le traitement balnéothérapique : alcool, camphre et même caféïne. Nous pensons que la méthode révulsive est inutile.

CONCLUSIONS

Le rhumatisme cérébral devenu de plus en plus rare, mais non encore près de disparaître, est une complication très sérieuse, mais dont le pronostic dépend, en grande partie, du traitement employé et de la précocité de ce traitement. Le médecin doit être bien persuadé de ce fait que son malade est en danger de mort presque fatale s'il n'est pas baigné. Il devra s'arranger pour triompher de la résistance des familles qu'effraye un pareil traitement. Pas de discussions à entreprendre. Il va de la vie du malade. En présence de la mort à peu près certaine, fatale si on n'agit pas, il ne doit pas exister de contre-indication : il faut baigner toujours.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 27 Novembre 1906
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 27 Novembre 1906
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Achalme. — Recherches bactériol. sur le rhumatisme articulaire aigu. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 novembre 1897.)

— Agent pathogénique du rhumatisme. (*Gaz. Méd. de Paris*, 1901, 12e s., I, p. 105-107).

Ausset (E.) et Vincent. — Sur un cas de rhumat. artic. aigu avec endopéricardite, pleurésie, congestion pulmonaire, rhumatisme cérébral et hémichorée chez un enfant de 11 ans. (*Echo Médical du Nord*, Lille, 1901, V., 149-152 et *Bulletin Soc. Péd. de Paris*, 1901.)

Barnes (Henry). — Un cas de rhumat. cérébr. hyperpyrétique guéri par les enveloppements froids. (*Edimbourg Méd. j.*, p. 50, juillet 1886.)

Ball. — Rhumatisme viscéral. (Thèse agrégation, 1886.)

Barth. — Voir Robin.

Béhier. — Les bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral. (*Bull. gén. de thérap.* XC, 1876.)

Bernard. — Sur un cas de rhumat. céréb. (*Bulletin de Soc. Méd.*, Paris, 1902, 3e s., XIX, 181-186.)

Besnier. — Voir Dechambre.

Blachez (P.). — Rhumat. céréb. Accidents graves ; traitement par les bains froids ; guérison. (*Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 1875, nos 7 et 8.)

BOISLEUX. — Rhumat. cérébral. (Clinique française, 25 décembre 1895.)

BOINET. — A propos du rhumat. céréb. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 1899, p. 713-719.)

BOUSSI. — Rhumat. artic. aigu, symptômes concomitants de méningite, leur disparition à la suite des bains froids ; escharre rapide du sacrum ; mort par infection purulente. (Bull. de la Soc. clinique, p. 272-280, Paris, 1877.)

BULL. — Hyperpyrexie et sympt. cérébraux dans le rhumat. artic. aigu guéris par les bains froids. (*Norsk. Mag*, 2, RVI, p. 329.)

CALEY (Allen). — Rhumatisme hyperyrétique traité par les bains froids. (*The Lancet*, 12 août 1871.)

Cette observation est de W. Fox (Caley Allen est le nom du malade).

COLLIN (E.). — Hygiea XII, p. 347. Rhumat. céréb. chronique.

COLRAT. — Rhumat. céréb. bains froids, guérison. (*Lyon-Médical*, 1875, n° 39.)

CARRINGTON. — Rhumat. hyperpyrétique, guérison par les bains froids. (*Brit. méd. j.*, p. 110, mars 1887.)

CHABER. — Traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. (Th. Montpellier, 1883.)

CAZALIS. — Hémirhumatisme. (*Union Méd.*, juin 1887.)

COUTURIER. — Rhumat. céréb. forme ataxique et comateuse. Hyperthermie except. 43°4 dans aisselle. Bains et guérison. (*Loire-Médicale,* 1884.)

DESNOS. — Du délire dans le rhumat. artic. aigu. (*Gaz. Méd. de Paris*, 1877 et 1878.)

DROMAIN. — Obs. de rhumat. céréb. et médullaire. Lotions froides. Mort. (*Bull. Soc. clinique de Paris*, 1877, p. 281-288.)

DECHAMBRE. — Dictionnaire, article « Rhumatisme », par Besnier.

DU CASTEL. — Des températures élevées dans les maladies. (Th. agrég., Paris, 1875.)

DEBRICON (O.). — Quelques observations de rhumat. céréb. (Th. Paris, 1881.)

DUPRÉ. — Contribution à l'étude du rhumatisme cérébral (traitement par l'hydrothérapie). (Th. Paris, 1885.)

FÉRÉOL (S.). — Efficacité des bains froids dans le rhumat. céréb. et dans le délire alcoolique aigu fébrile. (*Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, n° 26, p. 414, 1877.)

FERRAND (A.). — Les bains froids dans l'hyperthermie (*Union Médicale*, 1877, n°s 93, 95, 96, 98, 99.).

FLEURY (L.). — Traité clinique et thérapeutique d'hydrothérapie, 4e édit., Paris, 1875.

FOX WILSON.— Rheumatism with hyperpyrexia. (*The Lancet*, juillet 1870.)

— Treatment of hyperexia by cold., etc. (*Brit Med. j.*, août 1871.)

GOIX. — Rhumatisme cérébral traité par les bains froids, rhumatisme spinal consécutif. Guérison. (*Arch. gén. de Méd.*, avril 1883.)

HERVEZ DE CHEGOIN. — Rhumatisme cérébral. (*Gazette des Hôpitaux*, 1845.)

HOMOLLE. — Voir Jaccoud.

HUCHARD (H.). — De la fièvre et des bains froids. (*Union Médicale*, 3e série, XXII, p. 533 ; avril, p. 781 ; mai 1874.)

JACCOUD. — Dictionnaire : article « Rhumatisme », par Homolle.

JOSUÉ et SALOMON. — Un cas de rhumat. céréb. avec examen anatomo-pathologique. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1903.)

KENT. — Fièvre rhumat. avec hyperpyrexie. (*Brit. Med. j.*, 11 janvier 1896.)

LABADIE-LAGRAVE. — Du froid en thérapeutique. (Th. agrég., 1878.)

LANGLEBERT. — Deux observations de rhumat. céréb. traitées avec succès par bains froids. (*France-Médicale*, 1877.)

LASÈGUE (Ch.). — Du traitement des maladies aiguës par l'eau froide. (*Arch. gén. de méd.*, 6e série, t. XIX, p. 386, 1872.)

MARTIN (O.). — Indications de la pratique de la balnéation dans les pyrexies. (*Gaz. Hôp. Paris*, 1900-1083-1088.)

MASSON. — De la médication réfrigérante dans le traitement du rhumatisme cérébral. (Th. Paris, 1877.)

NOUËT (P.). — Des complications céréb. du rhumatisme artic. aigu traitées par les bains. (Th. Paris, 1875.)

ORTIZ-COFFIGNY. — Rhumat. cérébral traité par eau froide. (Th. Paris, 1881.)

PETER. — Leçons de clinique médicale, t. I.

PEISSON. — Rhumat. cérébral aigu guéri par le chloral et les bains froids. (*Gaz. Méd.*, Paris, 1886.)

POTAIN. — Rhumatisme cérébral à forme lente. Mort sans bains. (*Journ. de Méd. et Chir. prat.*, 1880.)

RAYNAUD (Maurice). — Applic. de la méthode des bains froids au rhumatisme cérébral. (*Journal de thérap.*, n° 22, 1874.)

— *Bull. Acad. Méd.*, 1880.

— *Union médicale*, n° 415, 1875.

RAUZIER. — Leçons de thérapeutique clinique (article rhumatisme).

ROBIN. — (A.). — Thérapeutique appliquée (article Rhumatisme, par Barth).

ROGER. — Mal. infect., art. « Rhumatisme ».

Sidney-Ringer. — Rhumatisme cérébral guéri par les bains froids, etc. (*Practitionner*, 1873.)

Stewart. — Guérison par l'eau froide d'un rhumatisme articulaire aigu avec hyperpyrexie. (*Lancet*, p. 127, 1878.)

Souques et Castaigne. — Contribution à la pathogénie du rhumat. cérébral. (Soc. Méd. Hôp., p. 565-575, 1889.)

Trier (F.). — Des accidents cérébraux du rhumatisme aigu. (*Nordiskt Medicinisk Arkiv*, n° 7, Copenhague, 1877.)

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. II.

Vallin (E.). — Rhumat. céréb. Guérison rapide par les bains froids. (Soc. Méd. Hôp., 1877.)

Valette (J.). — Un cas de rhum. cérébr. hyperth. rendu apyrétique par antipyrine ; aggrav. persist. ; malade n'est sauvé que grâce aux bains. (*Gaz. Hôp.*, 935-36, 1886.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !